

Forbindelsen mellem sociale strukturer og individuel sårbarhed

Skrevet af: **Richard G. Wilkinson** | Offentliggjort: 15. september 2005

Forskning i den sociale ulighed i sundhed har gjort os opmærksom på, hvor følsom sundhed fortsat er, i forhold til vores samfunds sociale og økonomiske strukturer. I denne artikel skitserer jeg en fortolkning af forskningen i sundhedens sociale determinanter og undersøger ulighedens effekt, ikke kun i forhold til sundhed, men også i forhold til fænomener såsom social-kapital og vold.

En af de seneste forandringer i vores forståelse af folkesundhedens determinanter, er erkendelsen af de psykosociale aspekters vigtighed i forbindelsen mellem dårlige leveforhold og dårligt helbred. Det er ikke kun, hvad din materielle situation direkte gør ved din sundhedsmæssige tilstand, der har betydning, men også hvad din sociale position får dig til at føle om din situation.

I forsøget på at forstå forholdet mellem sundhed og samfund lærer vi mere om både sundhed og samfund. Kort sagt, så er livet kort, hvor livets kvalitet er dårlig. De psykosociale stier, der forbinder sundhedstilstanden med dårlige leveforhold, fortæller os om de subjektive implikationer af sociale strukturer. Udover omfanget af deres betydning, så er det som de psykosociale aspekter fortæller os om sundhed formentligt mindre vigtigt end, hvad psykosociale risikofaktorer, i forhold til sundhed, kan fortælle os om samfundet. Et overordnet emne for denne artikel er, at psykosociale risikofaktorer afslører sociale strukturers og sociale positioners påvirkning af menneskers subjektive velbefindende.

Trend mod indsnævring af social ulighed

Udover en stigende eller uforandret indkomstforskel i mange udviklede lande, så ser vi stadig en nærmest ustoppelig historisk trend mod større *social og politisk* lighed. Graden af social lighed har været voksende siden de første begrænsninger blev lagt på de enevældige monarkers guddommelige ret til at udøve absolut magt over os. Den samme tråd går igen i slaveriets ophævelse, demokratiets udvikling, lighed for loven og opkomsten af velfærdsstater. Selvom vi langt fra er befriet fra racisme, så er det faktum, at racisme ikke længere nyder den samme sociale respektabilitet som før i tiden, også en del af den samme trend. Ligeledes er det med forbudene mod diskrimination i forhold til køn eller seksualitet og reduktionen i mange former for klasseærbødighed (*class deference*).

Disse historiske trends betyder noget: ligesom teknologien forandres til ukendelighed i løbet af blot en enkelt livstid, således gør også familiestrukturer, sociale relationer, uddannelse, seksuel adfærd og alt andet. Det, der er på spil i de sociale forandrings halsbrækkende hastighed, er for vigtigt til at vi bare kan lade det skylle ind over os, som en flodbølge vi ikke kan gøre noget ved. Vi har brug for at forstå hvordan udviklingen virker, hvor den fører os hen og hvad vi kan gøre for at ændre dens retning når det er nødvendigt.

Den sociale hældning i sundhed

I dette afsnit vil jeg give nogle basis fakta om sociale uligheder i England.

I starten af 1970'erne var mænds og kvinders liv, i sociale klasse 5, gennemsnitligt 5,5 år kortere end mænds og kvinders liv i social klasse 1. Ved starten eller midten af 1990'erne var denne forskel øget dramatisk til 9,5 år for mænd og næsten 6,5 år for kvinder. Herefter synes der at have været i det mindste en vis nedgang, men afstanden var stadig væsentlig større end den var i de tidlige 70'ere. Selvom konsekvenserne for social klasse 5 er aftaget, så er der ikke meget der tyder på en generel reduktion i den bratte klasse-hældningskoefficient, som gør sig gældende i forhold til den

forventede middelleveid. (1)

Det er vigtigt at bemærke, at disse enorme forskelle i den forventede middelleveid ikke er uundgåelige: de forandres over tid og varierer mellem forskellige samfund. De er formentlig den vigtigste sociale uretfærdighed i de moderne samfund.

Det første "Whitehall Longitudinal Study" fulgte 17.000 offentligt ansatte med forskellige stillinger inden for det administrative hierarki. Man fandt, at dødsfald pga. hjertesygdomme var fire gange højere blandt de lavt rangerende kontorarbejdere end tilfældet var blandt de fleste højt rangerende administratorer. Størstedelen af denne forskel blev ikke forklaret af de mest velkendte sygdomsfremkaldende faktorer. De adfærdsmæssige faktorer såsom rygning, motion og kost, forklarer mindre end en tredjedel af forskellen. Disse uligheder i sundhed kan heller ikke forklares som en refleksion af fattigdom. De fleste af de personer, som deltog i undersøgelsen ville betegne sig selv som tilhørende middelklassen. Hvis de fattige blev inkluderet i undersøgelsen, så ville uligheden sandsynligvis være væsentligt større. Den sociale hældning i sundhed løber således lige igennem vores samfund. Disse uligheder forårsages ikke bare af én eller to sygdomme: de fleste dødsårsager viser en tendens til at være mere almindelige i bunden af det sociale hierarki og ganske få viser en modsat hældning.

Psykosociale stier

Jeg ønsker at fokusere på de psykosociale stier, der relaterer sundhed til de omstændigheder som mennesker lever og arbejder under, af flere årsager: ikke kun er de mindre velkendte end mange materielle og adfærdsmæssige faktorer, men de leverer også en langt mere kraftfuld påvirkning af sundheden end vi tidligere troede. Men i tilføjelse hertil fortæller de os også om hvordan sociale strukturer påvirker menneskers virkelige subjektive livskvalitet.

Hvis livet forkortes af depression, angst, en følelse af håbløshed, vrede, social isolation, en følelse af at være fanget og set ned på, så dominerer dette hele ens oplevelse af livet og betyder utvivlsomt langt mere end forkortelsen af livet i sig selv. Såfremt livet i stedet blev forkortet simpelthen fordi vi spiser for mange chips og foretrækker, at køre i bil i stedet for at gå, så ville det i det mindste ikke være et mindre godt liv.

De vigtigste psykosociale risikofaktorer for ringe sundhed i moderne befolkningsgrupper, kan grupperes under tre overskrifter: Lav social status, svage sociale netværk og stress tidligt i livet. Jeg vil skitsere hver af dem i rækkefølge.

1) Lav social status

Med *lav social status* mener jeg *social position*, noget der er tættere på *social underordnet* og *underordnet*. Udover tendensen til, at psykosociale variabler er bedre til at forklare forskelle i sundhed end materielle forhold, er der to andre grunde til, hvorfor vi mener, at vi her har at gøre med primært den sociale status' effekt på sundhed og ikke effekten af mindre gode materielle forhold. Den første er, at hvis man ser på indkomstdifferencen mellem de 25 eller 30 rigeste lande i verden, så finder man, at der ikke er nogen forbindelse mellem BNP per capita og den forventede middelleveid mellem dem. Så selvom et land som Grækenland har et halvt så højt BNP som USA (selv når man tager forbehold for prisdifferencer), så har Grækenland stadig en bedre forventede middelleveid. På samme måde ser man at, på trods af, at USA er det rigeste land i verden og bruger langt mere på sundhedstiltag (medical care) per person end noget andet land, så kommer USA ind på en 25. eller 26. plads i internationale opgørelser over forventet middelleveid: sundheden er ringere end i de fleste andre udviklede lande.

På trods af, at der ikke er nogen forbindelse *mellem* de gennemsnitlige levestandarder og den forventede middelleveid i sammenligningen mellem landene, så er der ikke desto mindre en klar

social hældning i sundhed *inden for* grænserne af hvert enkelt af de udviklede lande.

Paradokset er, at sundhed synes at være tæt forbundet med indkomst og social klasse inden for hvert enkelt land, men ikke med forskellen i levestandarder landene imellem. Implikationen er, at inden for hvert land, ser vi på relativ indkomst og social status frem for absolutte materielle levestandarder. Det er selvfølgelig kun i de rigeste lande, at den materielle levestandard ikke længere udgør en så kraftig hæmning på forbedringer af sundheden; andre steder er en forhøjelse af den absolutte levestandard stadig essentiel. Den "epidemiologiske transition", dvs. når de store smitsomme og fatale sygdomme, som associeres med dårlige leveforhold, viger pladsen for aldringens degenerative sygdomme, markerer det stadi i økonomisk udvikling, hvor absolutte materielle standarder ikke længere er nøglen til forbedringer af sundhed.

Den anden grund til at sige, at social status og relativ indkomst betyder mere end absolutte levestandarder, kommer fra studier af bavianer og makakaber som etablerer sociale hierarkier. Selv når den social status manipuleres eksperimentelt ved at flytte dyr imellem forskellige grupper, hvor kost og omgivelser er ens for alle dyrene, så viser lavstatus dyrene stadig tegn på de samme stressrelaterede psykosociale risikofaktorer, som er associeret med lav status hos mennesker.

2) Svag social tilknytning

Stort set samtlige mål for social tilknytning synes at være relateret til sundhed. Hvor mange venner man har, om man har et tæt og fortroligt forhold, eller om man er involveret i samfundslivet - alle viser at venskab er en beskyttende faktor i forhold til sundhed. En række observationsstudier rapporterer om mortalitetsrater, der er to til tre gange højere hos mennesker med svage sociale tilknytninger sammenlignet med de, der har flere sociale kontakter og støtte. Opfølgingsstudier viser, at dette ikke bare er en tendens, hos syge mennesker, til at have et mere begrænset socialt liv.

Selv eksperimentelt arbejde omkring venskaber afslører en stærk forbindelse til sundhed. Sheldon Cohen (1997) har f.eks. på Harvard Universitet foretaget en række eksperimenter, hvor han via nasaldrops har eksponeret personer for en ens mængde af kold virus. Samtidig spurgte han personerne om deres venskabsmønstre og fandt, at personer med svage sociale netværk, har over fire gange større risiko for at udvikle forkølelse ved ens eksponering.

I tilfælde af, at dette blot indikerer, at mere sociale personer generelt blev udsat for flere smitsomme sygdomme og derfor havde udviklet mere immunitet i forhold til dem, kontrollerede Cohen personernes mængde af antistoffer i forhold til de fem vira, som de blev udsat for. Han har siden demonstreret at proinflammatorisk cellulærproduktion (*eng. Cytokine production*) er en af de sandsynlige stier, der forbinder stress med disse bemærkelsesværdige forskelle i forekomsten af sygdom (Cohen et al 1999).

3) Stress i den tidlige barndom

Akkumuleringen af beviser på de senere konsekvenser af både præ- og post-fødsels stress, tiltrækker stadig større opmærksomhed. En del af denne historie startede med David Bakers (1998) gentagende demonstrationer af, at børn med en lav fødselsvægt havde større sandsynlighed for at udvikle sygdomstilstande såsom, hjerte/kar sygdom, hjerteanfald og diabetes når de blev ældre. Umiddelbart mente Baker, at han havde at gøre med en lav fødselsvægt forårsaget af dårlig næring under graviditeten. Men studier foretaget i rige lande viser, at der er en ganske lille forbindelse mellem fødselsvægt og næring under graviditeten. Moderens stress under graviditeten synes nu, at være en mere sandsynlig forklaring. Mødre til børn med lav fødselsvægt fortæller historier om stressfulde graviditeter og flere forskellige psykosociale stier, som forbinder moderens stress med langsom fosterudvikling, er blevet identificeret. Eksperimenter viser, at hvis man stresser gravide dyr, så føder de mindre afkom. Phillips (2000) opdagelse af, at en persons fødselsvægt har relation til personernes cortisol-niveau (et stresshormon red.) som voksende, antyder ligeledes, at

forbindelsen mellem den tidlige barndom og senere sygdomsfrekvens, involverer stress påvirkning.

Hvad angår efter fødselen, så synes fænomener såsom, dødsfald blandt forældrene eller skilsmisse, ringe forældretilknytning og konflikter i hjemmet, alt sammen at være relateret til dårligere sundhed senere i livet. Dette ligner den biologiske side af det psykologerne altid har fortalt os om vigtigheden af erfaringerne i den tidlige barndom og social interaktion. Børn der har haft en svær start på livet er ikke kun mere sårbare overfor sygdomme senere i livet, men synes også generelt at udvikle et højere blodtryk og højere cortisol-niveau.

Forskning antyder, at det vi er vidne til er en "reaktion" på stresspåvirkninger i barndommen. Præ- og postfødsels påvirkninger kan siges at være del af den samme basisproces, selvom præfødselsstress er erfaret biokemisk gennem moderens krop, hvor barnet efter fødselen oplever påvirkningerne direkte - f.eks. gennem ringe forældretilknytning eller svigt. Begge kan tjene til at tilpasse os karakteren af det sociale miljø, som vi er blevet født ind i og bliver nød til at forholde os til i voksenlivet.

Social status og venskab er vigtigt i forhold til sundhed, ikke kun fordi mortalitetsrater ofte er to eller tre gange højere blandt lav status grupper end blandt høj status grupper, eller blandt personer med svag social tilknytning i forhold til personer med en stærk social tilknytning. De er også vigtige fordi eksponeringen af disse psykosociale risikofaktorer er meget udbredt i samfundet.

Biologien i den kroniske stress

De psykosociale risikofaktorerers påvirkning af sundheden, synes at have sit omdrejningspunkt i kronisk stress. Når man bliver nød til at håndtere en mindre krisesituation forberedes kroppen på kamp eller flugt ved at øge antallet af hjerteslag og forhøje blodtrykket. Energi mobiliseres ved afbrænding af fedtdepoter til brug for muskelaktivitet og gør dig meget opmærksom således, at du kan håndtere hvad end der måtte komme. Men samtidig nedreguleres alle de ting, der ikke har betydning i denne krisesituation. Forsøg har vist, at forsøgspersoner, som får stukket små huller i hånddryggen faktisk healer langsommere, hvis de er stresset. Hvis stressen fortsætter mere end en time bliver immunsystemet nedreguleret. Nedreguleringen af disse processer under en krisesituation, der ikke vare mere end 10 - 20 min. har ikke nogen seriøse konsekvenser, men hvis folk lever med et højt stressniveau og angst i uger, måneder eller år, så bliver de mere sårbare overfor en lang række af sygdomme. Da stress påvirker så mange fysiologiske systemer, som er essentielle i forhold til opretholdelsen af sundhed, inklusiv både hjerte/kar- og immunsystem, så fremstår det som en form for generel sårbarhedsfaktor, som gør os mindre modstandsdygtige overfor, hvad end omgivelserne byder os.

De vigtigste kilder til kronisk stress i det moderne samfund.

Vi kan lære noget andet fra vigtigheden af lav social status, svag social tilknytning og stress i barndommen som psykosociale risikofaktorer i forhold til sundhed. Fordi de virker gennem kronisk stress, så synes epidemiologien at fortælle os, at det er disse tre store sociale risikofaktorer, som er de vigtigste kilder til kronisk stress i det moderne samfund. Dette er en essentiel pointe, at holde i mente. Når man umiddelbart forestiller sig mulige kilder til kronisk stress, i sammenhæng med ulighed i sundhed, så er det ofte ting som arbejdsløshed, gæld og dårlige boligforhold som man kommer i tanke om. Men heldigvis er disse fænomener holdt på et forholdsvist lavt niveau, således at færre folk er udsat for dem over længere tid og de bidrager mindre til stress i befolkningen som helhed.

Det synes sandsynligt at disse tre risikofaktorer peger på den samme grundlæggende kilde til kronisk stress. Usikkerhederne som kommer fra den tidlige barndom, er i mange henseender ligesom de usikkerheder, der følger lav social status. En del data viser, at der er en interaktion mellem dem: den ene kan forstærke eller opveje effekten af den anden. Vi ser også ens effekter af

dem begge: begge skaber usikkerhed, lavt selvværd og frygt for inkompetence og de er begge associeret med højere basale cortisol-niveauer. Effekterne af venskab passer ind med lavstatus usikkerheder og en svær tidlig barndom. Venner giver den positive feedback, som bekræfter vores tilstrækkelighed og attraktivitet som mennesker. En følelse af, at stå udenfor eller at blive afvist kan bidrage til usikkerhed, angst og nervøsitet i sociale situationer. I varierende grad frygter vi alle, at andre mennesker opfatter os som kedelige, uattraktive, dumme eller lignende.

Hvis den primære kilde til kronisk nervøsitet har at gøre med vores evne til, at forhandle vores vej gennem overfloden af ansigt - til - ansigt møder og relationer i det moderne samfund, så passer dette meget fint med de teorier, som de store sociologiske tænkere såsom Goffman og Bourdieu arbejder med. Når vi taler om mennesker som sociale væsner, så mener vi blandt andet, at vi er reflektive væsner som kender os selv og erfarer os selv gennem hinandens øjne. Nervøsitet i forhold til, hvilket indtryk man gør på andre, forstærkes sandsynligvis idet vi ikke længere lever i samfund, hvor vi kender de samme mennesker og de kender os hele livet igennem. Vi føler os akavet og er ubeskyttet i forhold til pinligheder og skam, vi bekymrer os om hvordan vi bliver opfattet, om vi kan "stå distancen", om folk synes godt om os osv. Hvis dette er måden hvorpå det psykosociale kommer ind under huden på os, så er det, ifølge mange socialteoretikere, den samme måde som samfundet internaliseres i os. Som sociale væsner er det essentielt, at vi kan vide hvordan folk reagerer, så vi kan ændre vores opførelse i tråd hermed, og for at vi kan gøre det, har vi brug for følsomme "sociale antenner". Essensen af dette er således, at det den sociale epidemiologi fortæller os om, hvordan samfundet kommer ind under huden på os og skaber sygdom, faktisk har meget tilfældes med det sociologer mere generelt har fortalt os om socialisationsprocesser. Dette er indgangsporten, hvorigennem samfundet kommer "ind" i individet og skaber et så grundlæggende mønster i sundhedsbilledet.

De sociale og økonomiske strukturers effekter

Efter at have skitserede dette billede af vores individuelle sårbarhed i forhold til den sociale verden, vil jeg bevæge mig videre til at se på, hvordan særlige sociale og økonomiske strukturer kan hæmme eller fremme disse sociale fænomener. Næsten ethvert socialt problem bør ansues fra to forskellige vinkler. Én vinkel er, at se hvad de individuelle risikofaktorer består af. Når man f.eks. undersøger stofmisbrug, arbejdsløshed eller vold, så kan vi, ved at se på familiebaggrund, uddannelseserfaringer og jobmuligheder, muligvis finde ud af hvorfor nogle mennesker er mere sårbare end andre. Men en sådan analyse fortæller ikke hvorfor ét samfund har 2 % arbejdsløshed og et andet samfund har 20 % arbejdsløshed. For at kunne det, må man se på de sociale og økonomiske strukturers natur. En forståelse af vores individuelle sårbarhed kan imidlertid hjælpe os med at identificere de aspekter af den sociale struktur, som vi er sårbare overfor.

Jeg ønsker nu, at diskutere nogle af de sociale og sundhedsmæssige effekter af sociale statusforskelle, målet ved ulighed i indkomstfordeling.

En nyere analyse foretaget af Nancy Ross mfl., har undersøgt relationen mellem mortalitetsrater og indkomstfordeling i 528 forskellige byer inden for fem forskellige lande (USA, Canada, England, Sverige og Australien) og undersøgelsens resultater illustrerer en tendens til, at mere egalitære samfund også er sundere end mindre egalitære samfund. Des mindre indkomstforskelle des lavere mortalitetsrater. Men selvom der er en statistisk meget signifikant relation alle byerne imellem, så er det kun amerikanske og engelske byer, der fremviser en signifikant relation når hvert land ses for sig.

Tilsvarende relationer er nu blevet fundet i over 20 forskellige datasæt, der undersøger situationen både internt og eksternt i både rige og fattige lande. Såvel som disse relationer er blevet fundet i forskellige områder i USA, så er de også blevet fundet i Rusland, Brasilien, Taiwan og Chile og iblandt de østeuropæiske lande, EU og i adskillige forskellige internationale datasæt fra forskellige

perioder. Imod dette står kun fire eller fem datasæt, som ikke har fundet nogen sammenhæng mellem indkomstforskelle og mortalitetsrater. Den vigtigste af disse er den internationale data, der dækker de rige udviklede lande. Her er det kun børnedødelighed og dødsfald i en ung alder, der synes at være relateret til indkomstulighed. Blandt de ældre aldersgrupperinger synes sammenhængen at være forsvundet. Jeg siger "forsvundet", fordi det var blandt disse lande jeg første gang blev opmærksom på en sådan sammenhæng. Da jeg arbejdede i 1980'erne med materiale fra 1970'erne afdækkede jeg en klar tendens i retning af, at de mere lighedsorienterede blandt rige og udviklede lande havde lavere dødelighed. For nærværende synes denne sammenhæng at være forsvundet fra dødeligheden i de ældre aldersgrupperinger - i det mindste midlertidigt. Der kan gives flere forklaringer på dette. De to mest plausible er for det første, at der er et efterslæb: måske afspejler ældre menneskers helbredstilstand fortidens uligheder - måske endda så langt tilbage som til deres barndom - snarere end de nutidige forhold. For det andet er der sket en vigtig ændring i aldersfordelingen af relativ fattigdom. Før den øgede indkomstulighed, som i mange lande fandt sted op gennem 1980'erne og 90'erne, var det ældre mennesker, der havde den højeste dødelighed. Moderne fattigdom er, i kontrast hertil, koncentreret blandt unge familier med børn. Dette skifte i aldersfordelingen for relativ fattigdom er tydelig i en lang række lande. Det er vigtigt, fordi den aldersstandardiserede dødelighed er meget følsom overfor udbredelsen af relativ fattigdom blandt ældre mennesker, hvor dødeligheden er højst, mens den er mindre følsom blandt yngre familier, fordi der er så meget færre dødsfald i den aldersgruppe. Ældre mennesker var blandt vinderne i den øgede indkomstulighed i en række lande.

Ulighed og sociale relationer

Mine forsøg på at forstå hvorfor lighedsorienterede samfund havde en bedre sundhedstilstand førte mig snart til dokumentation af at disse samfund samtidig også er langt mere socialt sammenhængende end mere ulige samfund. Der findes nu temmelig gode beviser på, at ulighed skader sociale relationer - og sociale relationer udøver, som vi så tidligere, en voldsom indflydelse på sundhedstilstanden. Mere ulige samfund tenderer til at have et højere voldsniveau. Forekomsterne af drab og voldelig kriminalitet er større, tillidsniveauet er lavere, tiltag af Putnam-typen for involvering i samfundslivet og social kapital er mindre og der synes at være en større grad af diskrimination mod etniske minoriteter og kvinder.

Lad os se nærmere på nogle af beviserne for at den sociale sammensætning er mindre god i mere ulige samfund. For det første viste Ichiro Kawachi og Bruce Kennedy (1997), at en langt større del af befolkningen i de mere lige stater gav udtryk for at de stolede på andre end i de mindre lige stater af USA's 50 stater. I de mere lige stater sagde 35 eller 40 procent, at de følte, at de stolede på andre, hvorimod det i de mindre lige stater kun var 10 til 15 procent.

I sin undersøgelse af Italiens 20 regioner, nævner Putnam (1993), at hans mål for hvor meget folk er involveret i lokalsamfundet, er meget tæt korreleret ($r=0,81$) med hvor lige eller ulige folks indkomst er i hver region. På baggrund af sine interviews fremhæver han også vigtigheden af lighedsorienteret social etos. Han kontrasterer de "horisontale" relationer i regioner, hvor mennesker er mere involverede i lokalsamfundet, med de vertikale "patron-klient" forhold op og ned af det sociale hierarki i de områder, hvor samfundslivet var svagere og indkomstulighederne større.

I sin amerikanske undersøgelse viser Putnam (2001) et lignende tværgående forhold blandt de 50 stater mellem hans mål for social kapital og indkomstfordeling. Han fremhæver desuden et tæt sekventielt (time-series) forhold i USA. I "Bowling Alone" beskæftiger Putnam sig med nedgangen i social kapital i det moderne USA, hvilket han finder at have været pågående nærmest kontinuerligt siden de sene 1960'ere. Gennem det meste af første del af det 20. århundrede, siger Putnam, at den sociale kapital blev styrket til den nåede klimaks i de sene 1960'ere. Denne udvikling blev efterfulgt af en lang periode med kontinuerlig nedgang i resten af århundredet, hvilket rullede den tidligere

trend tilbage. Putnam viser, at disse stigninger og fald i den sociale kapital faktisk præcist afspejlede udviklingen i indkomstfordeling, som, efter en lang periode med voksende lighed, nåede sit tætteste punkt omkring 1968 for derefter at udvides nærmest uden afbrydelse frem til slutningen af århundredet.

Måske kommer det bedste bevis på, at ulige indkomstfordeling har en effekt på den sociale sammenhængskraft fra studierne af drab. Der er nu mindst 45 undersøgelser, der viser, at drab er mere almindeligt forekommende i mindre lige samfund. En metaanalyse af 35 af disse undersøgelser (Hsieh et al 1993) konkluderede, at relationen mellem ulighed og vold var utvetydig. Ulige samfund er mere voldelige: beviserne er entydige.

Tidlige socialister mente, at stor ulighed var inkonsistent med social harmoni. Nu lader det til at empirien viser, at de havde ret. Målinger på tillid - både indenfor USA og internationalt, tværgående målinger af social kapital fra Italien så vel som i USA og sekventielt materiale fra USA, falder alle i tråd med det store antal undersøgelser af drab og voldelige forbrydelser: ulighed skader de sociale relationers kvalitet i et samfund.

Så vel som værende i sig selv af betydning, så forklarer dette også sammenhængen mellem indkomstulighed og antallet af dødsfald. For det første viser det for en plausibel sammenhæng. Hvis flere ulige samfund ikke blot har et større problem med relativ nød og det forhold at lav social status tvinger sundhedsstandarden mod bunden, men at sundheden tilmed forværres af dårligere sociale relationer, så ville det være underligt, hvis ulighed ikke påvirkede sundhedstilstanden. Statistiske analyser bekræfter dette billede af kausalforhold. Hvis man gennemfører hvad man kalder 'sti analyse' (path analysis), så står det klart, at sammenhængen går fra indkomstulighed gennem ethvert af disse aspekter i det sociale miljø til sundhed. Det vil sige, at hvis man undersøger tillid, social kapital eller vold, vil man finde, at der ikke er nogen sammenhæng med indkomstulighed undtagen med hvad der medieres af det sociale miljø.

Respektløshed og vold

For komme til bunds i vores emne er det nødvendigt at vi forstår hvorfor sociale relationer skulle være mærkbart ringere i lande eller regioner, som er mere ulige end andre. Hvis volden blot var et spørgsmål om at de fattige angriber de rige, ville svaret være åbenlyst, men det er ikke det der sker - størstedelen af volden er koncentreret blandt de fattige.

Så hvorfor er den tendens fremherskende, at vold er mere ofte forekommende, hvor der er mere ulighed? Litteraturen om vold peger på, at det handler om at mennesker føler sig respektløst behandlet. Der hvor der er en højere grad af ulighed mangler mennesker job, biler, indtægter og bopæle, hvilket er indikatorer på social position og status. Som en konsekvens heraf vil folk være mere følsomme overfor at blive set ned på eller behandlet som mindreværdige. I sine to seneste bøger (1996, 2001) gentager James Gilligan, en tidligere fængselspsykolog, som i næsten 25 år dagligt talte med meget voldelige mænd, igen og igen, at den sande udløser for vold er at mennesker føler sig respektløst behandlet. Han går så vidt som til at sige:

"Jeg har endnu til gode at se en alvorlig voldshandling som ikke blev fremprovokeret gennem oplevelsen af at føle sig skamfuld og ydmyget, respektløst behandlet og latterliggjort og som ikke repræsenterer et forsøg på at afværge dette tab af ansigt uden hensyn til hvor streng straffen måtte være". (side 110)

Præcis samme billede viser sig i skrifter af folk som Nathan McCall eller Jimmy Boyle, begge var tidligere involveret i gadevold: det er ikke bare en fængselspsykologs opfattelse af problemet. Måderne, hvorpå konkurrence om status intensiveres, jo mere status der mistes, beskrives i Simon Charlesworth's bog *The Phenomenology of Working Class Experience*. Han beskriver forandringer i

Rotherham, en by i det industrielle Midtengland, som tidligere var et rimeligt sammenhængende mine- og stålsamfund. I takt med at disse industrier forsvandt og arbejdsløsheden steg, oplevede byen en pludselig og dramatisk ændring i kulturen blandt unge mennesker, meget på samme måde som i South Wales' minedale da mineindustrien gik under. Ved at betragte disse ændringer over tid kan man ikke være i tvivl om kausalitetens retning: nedgangen i de basale industrier gik forud for kulturændringen.

Hvad forholdet mellem ulighed og vold fortæller os er, hvor umådelig vigtige spørgsmål om social status, værdighed og respekt egentlig er. Snarere end at være et spørgsmål om lavere materielle standarder i sig selv er det virkelig betydningsfulde frygten for hvad andre mennesker vil tænke om en som følge af en lavere materiel standard. Vi frygter tab af værdighed og respekt fordi lavere materielle standarder så ofte giver indtryk af mindreværdighed: at man ikke skal regnes med, som en der er endt på bunden grundet manglende evner og værdi. Blandt unge mennesker er behovet for at have de rigtige mærker indenfor tøj, sko, mobiltelefoner osv. intimt forbundet med hvorledes disse signalerer status.

På trods af en ofte markant psykologisk benægtelse af, hvor meget vi går op i social status og hvor mange bekymringer vi kan have over temmelig trivielle hændelser, hvor vi har følt os kuert eller behandlet mindreværdigt, er der adskillige psykologiske indikationer på vores følsomhed. Den mest kendte af disse er den såkaldte "white coat hypertension". Hvis en patients blodtryk skal måles af en læge, så er det som regel højere end hvis det blev monitoreret elektronisk eller blev målt af en sygeplejerske. Socialpsykologer har nu påvist, at der her er tale om en status effekt: hvis du bliver interviewet af en med højere status, vil dit blodtryk og puls stige i forhold til, hvis du bliver interviewet af en med samme status som dig selv. Et andet eksempel stammer fra resultaterne i Whitehall undersøgelsen, som blev citeret tidligere. Her identificeres en stærk social hældning blandt både mænd og kvinder i en blodkoaguleringsfaktor kaldet fibrinogen. Jo lavere man befandt sig i kontorhierarkiet, jo højere var forekomsten af fibrinogen og jo lettere ville folks blod størkne. Så vel som at være en væsentlig risikofaktor for hjertesygdomme er fibrinogen en såkaldt "acute phase reactant". Højere forekomster er sandsynligvis en følge af stress som følge af lav social status. Tænk blot på de aber med lav status, som får tæsk af deres socialt højerestående artsfæller (med flere bidemærker som bevis), hvis de træder ved siden af eller undlader at være tilstrækkeligt underkastende. Fordi man i disse tilfælde risikerer at pådrage sig skader er det hensigtsmæssigt, at kroppen, så vel som at være klar til kamp eller flugt, hurtigt kan få blodet til at koagulere i tilfælde af skader. Følgelig vil frygten hos dominerede efter alt at dømme føre til stigninger i forekomsten af fibrinogen på samme måde som det er afdækket hos yngre kontormedarbejdere.

Selvom der ikke kan være tvivl om at aber med lav status frygter deres dominerende artsfæller, er det ikke alle der vil acceptere, at det samme skulle gøre sig gældende for mennesker med lav status. Mens sanktioner der bliver os påført af vores overordnede som oftest er institutionelle eller økonomiske snarere end fysiske, så vil det være klogt at erindre både Gandhis påstand om at fattigdom er den værste form for vold samt det faktum at det ikke er så længe siden i den menneskelige historie, at fysiske angreb og straffe var den almindelige skæbne for dem, der fornærmede den feudale adel. Middelalderens adelsmænd fastholdt faktisk deres positioner på samme måde som en høvdingbavian gennem fysisk magt, hvilket også gjorde sig gældende for slaveejere, koloniadministratorer og visse arbejdsgivere. Det er som om frygt for vores socialt overordnede næsten er blevet installeret i os - vi oplever det som skyhed, frygtsomhed, nervøsitet, skam og pinlighed. Og hvis vi ikke anerkender overlegenheden hos vores overordnede, føler mennesker kun alt for ofte, at det eneste alternativ er vold: på samme måder som personer i en gangsterfilm, som enten må være sleske og underdanige eller risikere at kæmpe mod sin modstander, når de bliver trængt op i en krog.

To sider af samme sag?

For nu at vende tilbage til det større perspektiv, så har vi set, hvorledes samfund, der strækkes i den vertikale dimension ved at gøre dem mere ulige og hierarkiske, opnår en forværret kvalitet af sociale relationer: der vil være mere vold, mindre involvering i samfundslivet og en lavere grad af tillid. Det påvirker sundhedstilstanden både på grund af en større byrde af relative mangler og på grund af at kvaliteten af sociale relationer forværres. Men for at komme til bunds i dette, er det nødvendigt at stille endnu et spørgsmål: hvorfor er der dette dobbelte forhold mellem social status og venskab? Hvorfor skulle lav social status og venskab, som har så mægtige og modsatrettede effekter på den individuelle sundhedstilstand, også være forbundne eftersom de varierer omvendt proportionalt i samfund? Er det blot en tilfældighed, såvel som det er en risikofaktor for den individuelle sundhedstilstand, at vi også finder, at de sociale relationer forværres i takt med at det sociale hierarki bliver mere hierarkisk?

Forklaringen synes at ligge i, at der alligevel ikke er tale om to helt separate variabler. I stedet er de mere at betragte som to sider af samme sag. Social status, ligesom dominans hierarkier og hakkeordener blandt dyr, er gradueringer baseret på magtanvendelse og tvang for at sikre privilegeret adgang til ressourcer uden hensyntagen til andre menneskers behov. Det som menneskers og dyrs hierarkier har til fælles er, at de begge handler om magtanvendelse for at opnå kontrol med knappe ressourcer. Men venskab er, i kontrast hertil, præcis det modsatte af dette - det er baseret på gensidighed, reciprocitet, sociale forpligtigelser, deling og anerkendelse af hinandens behov.

Disse to forskellige måder for menneskelig interaktion forbliver så vigtige, selv i moderne samfund, fordi vi bibeholder en følsomhed og opmærksomhed overfor spørgsmål om social status og venskab. Disse dimensioner af den sociale virkelighed blev først vigtige på grund af problemet med konkurrence om knappe ressourcer mellem medlemmer af den samme art. Medlemmer af forskellige arter har forskellige behov og konkurrerer derfor måske kun om en eller to fødekilder. De værste konkurrenter er potentielt vore artsfæller, fordi de besidder de samme behov. De konkurrerer om føde, boliger, jobs, komfortable siddesteder, sexual partnere osv. Men andre mennesker kan samtidig være den bedste kilde til hjælp, sikkerhed, samarbejde, kærlighed og læring. Og fordi andre mennesker har potentialet til at være det bedste eller det værste, har det altid været af afgørende betydning for vores velfærd at få vore sociale relationer til at fungere. Det er grunden til at vore forhistoriske jæger/samler forfædre foretog så enorme sociale investeringer i gaveudveksling og deling af føde for at fastholde gode sociale relationer.

Frihed, Broderskab og Lighed

Disse dimensioner ved det sociale miljø er blevet kraftfulde determinanter for velfærd gennem vores evolution. Snarere end at sige noget nyt er forskningsresultaterne blot en påmindelse om noget, som mennesker har vidst i meget lang tid. Under den franske revolution lød kravet om "frihed, broderskab og lighed" - sloganet står stadig at læse den dag i dag på franske euro mønter. Disse tre politiske krav passer præcist ind i de dimensioner ved det sociale miljø, som vi har beskæftiget os med her. Med 'frihed' mente franskmændene ikke forbrugervalg; de mente det at være fri for den feudale adels og det landlige aristokratis arbitrære magt, ikke det at være underkastet eller påtvunget mindreværd eller taknemmelighedsgæld overfor nogen. De mente noget meget tættere på autonomi.

Ved at anvende en mindre seksuelt biased term end 'broderskab' føres vi direkte til forhold som venskab, sociale forbindelser og social kapital, som vi ved er af afgørende betydning for sundheden. Lighed kommer ind i billedet, fordi det simpelthen er en forudsætning for at opnå frihed og broderskab. Hvis man har stor ulighed får man større problemer med lav social status og underkastelse. Med stor ulighed bliver samfundet mindre sammenhængende: volden stiger og

kvaliteten af de sociale relationer forværres.

Så jeg formoder, at ved at identificere, hvilke dimensioner i det sociale miljø, der er vigtige kilder til kronisk stress, vil epidemiologien bekræfte, hvad mennesker altid intuitivt har anerkendt, er de politisk vigtige dimensioner ved det sociale miljø.

Et opnåeligt mål

Hvad der måske er det mest spændende ved dette fremvoksende billede er, at det giver os en politisk handlemulighed i forhold til den psykosociale velfærd i moderne samfund. Ikke bare kan indkomstuligheder påvirkes af politik, men regeringer kan slet ikke undgå at påvirke dem. Og når vi først har opnået tilstrækkelige basale subsistensniveauer, af materielle nødvendigheder, så bliver livskvalitet i høj grad et spørgsmål om at få det sociale miljø til at fungere. Det skal ikke opfattes som om denne undersøgelse sigter på et eller andet perfekt, uopnåeligt, utopisk lighedsideal udenfor rammerne af praktisk politik. Samtlige data og alle beviserne involverer sammenligninger mellem eksisterende ulighedsniveauer - mellem forskellige amerikanske stater eller markedsdemokratier. Hvad det betyder, er, at selv små forskelle i ulighed betyder noget.

Anerkendelse

Uden det arbejde, som Jane Jones og Kate Phillip udførte med at transskribere, forkorte og redigere det der startede ud som en båndet forelæsning, ville denne artikel ikke eksistere. Jeg er enormt taknemmelig for deres gavmilde hjælp og tålmodighed.

* Division of Epidemiology and Public Health, The Medical School, University of Nottingham.

[Igennem mere end 20 år har professor Richard G. Wilkinson beskæftiget sig med sammenhængen mellem menneskets sundhed, social status og samfundets sociale strukturer. Udover en lang række publikationer har han ligeledes medvirket i adskillige internationale forskningsprojekter og har med sit arbejde været en af pionererne på dette felt. I starten af 2005 udkom hans seneste bog, *The impact of inequality: how to make sick societies healthier*, New York (2005). I den næstkommende udgave af *Kritisk Debat* (15. okt.) bringer vi en større anmeldelse af dette værk.]

NOTER

1) Office of National Statistics Longitudinal Study

ONS Press Release and Hattersley, L, "Trends in life expectancy by social class - an update.

" *Health Statistics Quarterly*, 1999; 2: 16-24

REFERENCER

Barker DJP. (1998) *Mothers, babies and health in later life*. Churchill Livingstone (2nd edition).

Charlesworth SJ. (2000) *The Phenomenology of Workingclass Experience*. Cambridge University Press.

Cohen S, Doyle WJ, Skoner DP, Rabin BS, Gwaltney JM. (1997) *Social ties and susceptibility to the common cold*. *Journal of the American Medical Association* 277: 1940-44.

Cohen S, Doyle WJ, Skoner DP. (1999) *Psychological stress, cytokine production, and severity of upper respiratory illness*. *Psychosomatic Medicine* 61: 175-180.

Gilligan J. *Violence: Our Deadly Epidemic and its Causes*. (1996) G.P. Putnam, New York. (Also 1999, Jessica Kingsley Publishers, London).

Gilligan J. (2001) *Preventing Violence*. Thames and Hudson, London.

Hsieh CC, Pugh MD. (1993) *Poverty, income inequality, and violent crime: a meta-analysis of recent aggregate data studies*. *Criminal Justice Review* 18: 182-202.

Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. (1997) *Social capital, income inequality and*

mortality. American Journal of Public Health 87: 1491-8.

Phillips DIW, Walker BR, Reynolds RM, Flanagan DEH, Wood PJ, Osmond C, Barker DJP, Whorwood CB. (2000) Low birth weight predicts elevated plasma cortisol concentrations in adults from 3 populations. Hypertension; 35(6): 1301-6.

Putnam RD. (2000) *Bowling Alone: collapse and revival of American community*. Simon and Schuster, N.Y. .

Putnam RD, Leonardi R, Nanetti RY. (1993) *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton U.P..

Ross N, Dorling D, Dunn JR et al.. (Forthcoming). Metropolitan income inequality and working age mortality: a five country analysis using comparable data.

Artiklen har tidligere være publiceret i *Journal of Community Work and Development*. (2004.) og er her oversat og gengivet med forfatterens tilladelse.

Oversat af Christian Ydesen og Ivan Lind Christensen